

重要事項説明書

共用型認知症対応型通所介護・共用型介護予防認知症対応型通所介護 ひだまり江戸崎

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 河内厚生会
法人所在地	茨城県稲敷郡河内町生板 8907
電話番号	0297-84-0311
代表者氏名	理事長 秋山 義継
設立年月日	平成 12 年 11 月
主な事業	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・短期入所生活介護・通所介護・介護予防通所介護・居宅介護支援・訪問介護・介護予防訪問介護・訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護・福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与・障害福祉サービス・認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護・特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売・小規模多機能型居宅介護・サービス付き高齢者向け住宅・訪問看護・介護予防訪問看護・地域密着型特別養護老人ホーム

2. 事業所の概要

事業所名称	ひだまり江戸崎
事業所種類	共用型指定認知症対応型通所介護・ 共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所
指定事業所番号	0872901012
事業所所在地	茨城県稲敷市高田 2817-2
電話番号	029-874-8488
通常の事業の実施地域	稲敷市
利用定員	3 名

3. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日・祝祭日
営業時間	午前 9 時から午後 6 時
その他	転送電話等により、24 時間緊急連絡が可能

4. サービス提供時間

サービス提供日	月曜日から金曜日・祝祭日
サービス提供時間	午前 9 時から午後 4 時 15 分
その他	・個別に柔軟に対応させていただきます。

5. 事業所の職員体制

事業所管理者氏名	笠原 慎也
従 業 員 数	介護従業者 11名（常勤兼務9名・非常勤兼務2名） 看 護 師 1名

6. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	<p>要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）にある認知症である利用者に対し、適正な共用型認知症対応型通所介護（共用型介護予防認知症対応型通所介護）を提供することを目的とする。</p>
運営の方針	<p>（共用型指定認知症対応型通所介護） 要介護状態になった場合においても、その認知症である利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るものとする。</p> <p>（共用型指定介護予防認知症対応型通所介護） 認知症である利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p> <p>事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保険・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。</p>

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料負担割合に応じ介護保険から給付されます。

【サービス内容】

サービス区分と種類	サービスの内容	
通所介護計画	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 ・通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得、交付します。 ・それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。 ・サービス提供時間数は、実際にサービス提供した時間ではなく居宅サービス計画及び通所介護計画に位置づけられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数にじた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行います。 ・介護予防サービスの利用頻度は利用する曜日や内容等について、介護予防サービス計画沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護計画に定めます。ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。 	
送 迎	ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。	
健康チェック	血圧測定、体重測定等、ご利用者の健康状態の把握に努めます。	
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の提供及び介助が必要な利用者に対して行います。 ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。 食事時間 12:00～13:00 ・ご利用者の身体状況・嗜好、栄養バランスに配慮した食事の提供をします。※ただし、食材料費は別途ご負担いただきます。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、ご利用者の状況に応じて身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。
	排泄介助	ご利用者の状況に応じ、適切な介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、更衣の介助を行います。

	移動・移乗 介助	介助が必要な利用者に対して、移動、移乗の介助を行います。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
機能 訓練	日常生活 動作を通 じた訓練	利用者の能力に応じて食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーション を通じた 訓練	利用者の状況に応じて行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
その他	創作活動 等	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

(2) 基本利用料 (別表)

<p>①ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をご負担いただきます。</p> <p>但し、ご利用者が以前に保険料の滞納がある場合は、ご利用者より「厚生労働大臣の定める基準額」の10割をいただき、当事業所が発行するサービス提供証明書をもってその後市町村から、ご利用者の介護保険負担割合に応じた額の払い戻しを受けることができます。</p> <p>②ご利用者が、まだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。</p> <p>③介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。</p>

(3) 加算 (別表)

<p>①体制加算：厚生労働大臣の定める基準に適合した場合、施設のサービス体制（設備、人員配置等）により基本利用料に加えて一律にご負担いただきます。</p> <p>②個別加算：厚生労働大臣の定める基準に適合した場合、ご利用者の状態により、基本利用料に加えて個別にご負担いただきます。</p>
--

(4) その他の利用料 (介護保険給付外費用)

種 類	内 容
食材料費	ご利用者に提供する食事の材料にかかる費用です。 料金： 1回あたり 650円
レクリエーシ	ご利用者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加し

ヨン・クラブ 活 動	ていただくことができます。 利用料金： 材料代等の実費をいただきます。
複写物交付	ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。 1枚につき：10円
日常生活上 必要となる 諸費用実費	日常生活品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担していただくことが適用であるものにかかる費用を負担していただきます。 おむつ代：実費

- ・ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する理由について変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(5) 利用料、その他の費用の請求及びお支払い方法

請求方法	前記料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、翌月15日までにご請求いたします。
お支払い方法	ご請求月末日までに下記のいずれかの方法によりお支払いください。 ア) 直接現金払いとする。 (請求書発行後、サービス従事者が集金) イ) 利用者指定金融機関口座からの自動振替 ご利用できる金融機関：INET 利用可能金融機関 ゆうちょ銀行 ★お支払の確認後、支払方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。

※利用料、利用者負担額及びその他の費用の支払について、正当な理由がないにもかかわらず、支払期日から3ヶ月以上遅延し、さらに支払の督促から14日以内に支払がない場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

(6) 利用の中止・変更・追加

- ★利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに担当介護支援専門員又は事業所に申し出て下さい。
- ★利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になってサービス利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。

【キャンセル料】

利用予定日の前日までに申出があった場合	無料
利用予定日、サービス従事者が送迎に出発する前に申し出があった場合	当日利用料金の 50%
利用予定日、サービス従事者が利用者宅に到着後に申し出があった場合	当日利用料金の 100%

★サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供がきでない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

★事業所の事由により、急にサービスの提供が中断・中止となった場合やむを得ずサービスを中断・中止せざるを得ない状態が生じた時は、管理者が契約者と誠意をもって協議し、対応します。(代替の同サービスを提供等)

8. サービスの利用に関する留意事項

被保険者証・介護保険負担割合証の提示	サービス利用の際には介護保険被保険者証・介護保険負担割合証を提示して下さい。 これ等の証の記載事項に変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせ下さい。
利用開始について	① 認知症でない場合、又は認知症の状態にあるもので、次のいずれかに該当する場合は、利用できません。 ・認知症に伴う著しい精神症状を伴う場合 ・認知症に伴う著しい異常行動がある場合 ・認知症の原因となる疾患が急性の状態にある場合 ② 利用の申込みに際しては、主治医の診断書等により、認知症の状態にあることの確認を行います。 ③ 利用者が要介護認定を受けていない場合、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に行われていない等の場合であって必要と認められる時は要介護認定の申請がなされるよう、必要な援助を行うものとします。
食 事	サービス利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事を摂取していただきます。
飲酒・喫煙	飲酒はお断りします。 決められた場所以外での喫煙はお断りします。
設備、備品の使用	事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用下さい。これに反した利用により破損等が生じた場合は弁償していただく場合があります。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
所持品の持ち込み	他の利用者の迷惑となる物の持ち込みはお断りします。
金銭、貴重品の管理	盗難等については、当事業所では責任を負いかねますので、必要以上の金銭は所持しないでください。
宗教活動、政治活動	事業所内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

ペットの持ち込み	ペットの持ち込みはお断りします。
----------	------------------

9. 従業者の禁止事項

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族からの金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

- ①緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- ②非代替性：身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- ③一時性：利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

11. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、研修等を通じて、従業者の人権意識の向上・知識や技術の向上に努める等必要な措置を行います。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置。

12. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、事前の打合せにより、速やかに主治医の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご契約者が予め指定する連絡先にも連絡します。

13. 事故発生時の対応方法

- (1) ご契約者に対する共用型認知症対応型通所介護サービス又は共用型介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご契約者の家族等、ご契約者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。又、ご契約者に対する共用型認知症対応型通所介護サービス又は共用型介護予防認知症対応型通所介護サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、不可抗力による場合を除き損害賠償を速やかに行います。但し、ご契約者に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。
- (2) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止対策を講じます。

14. サービス提供の記録

- (1) 共用型認知症対応型通所介護又は共用型介護予防認知症対応型通所介護の提供の記録を行うこととし、その記録はその完結の日から5年間保存します。
- (2) ご契約者は、事業所に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15. 苦情の受付について

- (1) 当事業所に対する苦情やご相談は下記の専用窓口で受付けます。

事業所窓口	
窓口名称	介護サービスひだまり 苦情処理係
担当者職、氏名	管理職 笠原 慎也
電話番号	029-834-5225
受付時間	毎週 月曜日～金曜日 午前9時 ～ 午後6時

- (2) 行政機関その他苦情受付期間

町・市役所 介護保険担当課	所在地：稲敷市柴崎7427 電話番号：029-892-2000 受付時間：平日（月～金）9：00～17：00
国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護保険苦情相談室	所在地：茨城県水戸市笠原町978-26 電話番号：029-301-1561 受付時間：平日（月～金）9：00～17：00

16. 非常災害対策

事業所は防火管理者を定め、防災計画を作成し、非常災害に適切に対応する為、別に定める防火管理規定に基づき災害防止と利用者の安全確保に努めるものとする。

- 2 事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとする。

17. 衛生管理等

事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講ずるものとする。

- 2 事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
 - (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

18. ハラスメント対策の強化

適切なハラスメント対策への対応を強化する観点から、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえ適切なハラスメント対策に努め、必要な措置を講じるものとする。

19. 地域との連携など

共用型指定認知症対応型通所介護〔共用型指定介護予防認知症対応型通所介護〕事業者は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努める。

- 2 指定認知症対応型通所介護〔指定介護予防認知症対応型通所介護〕の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、認知症対応型通所介護〔指定介護予防認知症対応型通所介護〕について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対し提供している本事業所のサービス内容及び活動状況等を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。
- 3 指定認知症対応型通所介護〔指定介護予防認知症対応型通所介護〕事業者は、前項も報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに当該記録を公表するものとする。

20. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型通所介護〔指定介護予防認知症対応型通所介護〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

- 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- 3 事業所は、定期的業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

別表

《重要事項説明書による利用料金表》

◆介護保険法による認知症対応型通所介護サービス費

認知症対応型通所介護（共用型）				基本単位数
4 時間 以上 5 時間 未満	介護	1	279 単位	
	介護	2	290 単位	
	介護	3	299 単位	
	介護	4	309 単位	
	介護	5	319 単位	
5 時間 以上 6 時間 未満	介護	1	445 単位	
	介護	2	460 単位	
	介護	3	477 単位	
	介護	4	493 単位	
	介護	5	510 単位	
6 時間 以上 7 時間 未満	介護	1	457 単位	
	介護	2	472 単位	
	介護	3	489 単位	
	介護	4	506 単位	
	介護	5	522 単位	
7 時間 以上 8 時間 未満	介護	1	523 単位	
	介護	2	542 単位	
	介護	3	560 単位	
	介護	4	578 単位	
	介護	5	598 単位	

介護予防認知症対応型通所介護			
6 時間 以上 7 時間 未満	要支援	1	424 単位
	要支援	2	447 単位

処遇改善加算 V7			11.9 %
地域区分	7 級地	1 単位につき	10.17 円

加算額：下記の加算については、当該事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合した場合に限り加算されます。		
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		22 単位 1 回につき
延長加算（9 時間以上 10 時間未満）		50 単位 1 回につき
個別加算	入浴介助加算（Ⅰ）	40 単位 1 日につき
	若年性認知症利用者受入加算	60 単位 1 日につき
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 単位 1 回につき
減算	同一建物に対する減算	-94 単位 1 日につき
	送迎減算	-47 単位 片道につき
	高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の 1.0%減算
	業務継続計画未策定減算	所定単位数の 1.0%減算

- ・利用時間・利用内容に基づき、地域区分及び処遇改善加算が乗算され、利用料金が算定されます。
- ・1 ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。
- ・ご利用者自己負担は介護保険負担割合証の提示を受け「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払い頂きます。

※利用料金計算方法（負担割合 1 割 計算例）

【要介護 3 利用時間 7 時間以上 8 時間未満】

①	要介護 3	560 単位/1 日×15 日	8,400 単位
②	入浴加算	40 単位/1 回×15 日	600 単位
③	サービス体制強化加算（Ⅰ）	22 単位/1 回×15 日	330 単位
④	利用単位数計（① + ② + ③）		9,330 単位
⑤	処遇改善加算 V7	④ × 11.9%（1 円未満四捨五入）	1,110 単位
⑥	総単位数 合計（④ + ⑤）		10,440 単位
地域区分 7 級地		⑥ × 10.17 円（1 円未満切捨て）	106,174 円
費用総額 （保険摘要額）	106,174 円	国保連（90%）	95,556 円
		利用者負担（10%）	10,618 円

認知症対応型通所介護の個人負担額は、上記基本利用料と加算額、食費を合算した額となります。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-----------------

共用型指定認知症対応型通所介護サービス又は共用型介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名	ひだまり江戸崎
説明者氏名	印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、共用型指定認知症対応型通所介護サービス又は共用型介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所	
利用者氏名	印
代理人住所	
代理人氏名	印
利用者との続柄	